**WNIOSEK**

**O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**1. DANE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………….

PESEL ………….………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………

Nr dowodu tożsamości …………………………………………………………………………………..

Nr telefonu kontaktowego ..............................................................................................................

**2. DANE PACJENTA KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:**

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………

PESEL ……………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………

**3. Dokumentacja dotyczy leczenia / diagnostyki** /*podać nazwę komórki**organizacyjnej i datę pobytu / badania*

……………………………………………………………………………………………………………….

**4. Rodzaj dokumentacji medycznej, której dotyczy wniosek */****np. historia choroby*/

…………………………………………………………………………………………………………….

**5. Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej:\***

□ umożliwienie wglądu do dokumentacji medycznej

□ wydanie kopii dokumentacji medycznej

□ wydanie w formie wyciągu, odpisu, wydruku

□ wydanie na informatycznym nośniku danych

□ wydanie w formie skanu

**6. Dokumentacja zostanie odebrana w sposób następujący:\***

□osobiście

□ upoważniam do odbioru …………………………………………………………………………….

*imię, nazwisko, adres, PESEL, nr dowodu tożsamości*

……………………………………………………………………………………………………………….

□ proszę przesłać na adres ………………………………………………………………

**7. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej**

**zgodnie z cennikiem obowiązującym w FHU s.c. „YORK” Sławomir Kraszewski, Anna Kraszewska – Sanatorium „Willa York” Ciechocinku oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji powyższego wniosku.**

………………………………………….

*podpis wnioskodawcy \*\**

*\* należy zaznaczyć właściwy punkt*

*\*\* należy złożyć czytelny podpis*